

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 3-Х ЛЕТ ЖИЗНИ**

Губанович Д. А.¹, Манкевич Р. Н.¹,
Лагир Г.М.¹, Кондрашова Л.Н.²

1. УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь
2. УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница», г. Минск, Беларусь

В структуре детской заболеваемости ротавирусная инфекция (РВИ) занимает одно из лидирующих мест. Актуальность проблемы данной нозологии определяется ее повсеместным распространением, высокой заболеваемостью и значительным социально-экономическим ущербом. В Республике Беларусь в настоящее время заболеваемость РВИ постоянно растет, что обусловлено как увеличением случаев инфицированности, так и улучшением диагностики данной патологии [1,2]. В 2012 году заболеваемость среди детей в возрасте до 2-х лет составила 843,8 на 100 тыс. детского населения.

Ротавирусный гастроэнтерит распространен повсеместно и наиболее часто обуславливает развитие тяжелой диареи с дегидратацией, особенно у детей первых лет жизни [1,2,3]. Такая высокая восприимчивость к ротавирусу обусловлена анатомо-физиологическими особенностями органов желудочно-кишечного тракта, незрелостью как специфических, так и неспецифических факторов иммунной защиты. К трем годам практически каждый ребенок переболевает РВИ [2,3].

Несмотря на современные возможности лабораторной диагностики РВИ, в практической деятельности врачу часто приходится опираться на клиническую симптоматику и неспецифические лабораторные исследования. Поэтому знание клинических и лабораторных особенностей течения РВИ у детей раннего возраста поможет практическому врачу в проведении дифференциальной диагностики и назначении адекватной терапии данной категории пациентов [2,3,4].

Цель исследования: оценить клинико-лабораторные особенности течения ротавирусной инфекции у детей первых 3-х лет жизни.

Материалы и методы исследования. Нами обследован 101 ребенок с РВИ в возрасте от 1 до 36 месяцев, которые в 2012 — 2013 гг. находились на лечении в УЗ «Городская детская инфекционная клиническая больница» (главный врач М. В. Соколова). Средний возраст детей составил $16,2 \pm 0,86$ месяцев. Мальчиков было 55 (54,5%), девочек — 46 (45,5%) человек.

Диагноз основывался на лабораторном подтверждении: выявление ротавирусного антигена в фекалиях пациента методом иммуноферментного анализа.

Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили традиционными методами математической статистики с использованием стандартного программного обеспечения для IBM PC (пакет прикладных программ «Биостатистика» и «Excel 2007» (Microsoft, USA)).

Результаты и их обсуждение. У всех обследованных пациентов заболевание начиналось остро, при этом у большинства из них (59,4%) с появления одновременно нескольких симптомов (лихорадка, рвота, диарея), и только в 16,6% случаев первым симптомом была рвота, в 13% — повышение температуры, лишь в 11% случаев заболевание начиналось с диареи.

Почти все (94,1%) пациенты поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести, и только у 6 детей (5,9%) общее состояние было расценено, как тяжелое. При этом у 33 детей имела место дегидратация I степени, у 68 пациентов была выявлена дегидратация II степени.

У большинства (93%) пациентов заболевание протекало в форме гастроэнтерита, и лишь у 7% обследованных отмечался энтерит.

Повышение температуры тела имело место у 99 детей, среди них у 1/3 пациентов температура тела была не выше $38,5^{\circ}\text{C}$, у 36% обследованных она была зафиксирована в промежутке между $38,5$ и $39,0^{\circ}\text{C}$, а у остальных детей — выше $39,0^{\circ}\text{C}$. Средняя длительность лихорадки составила $3,2 \pm 0,14$ дня.

Частой жалобой у пациентов с РВИ была рвота, которая наблюдалась в первые двое суток (средняя длительность — $1,9 \pm 0,1$ суток). При этом почти у всех детей (в 93% случаев) отмечалась повторная рвота. Средняя кратность ее составила $4,3 \pm 0,4$ раза в сутки.

У всех обследованных детей имел место диарейный синдром с наличием характерного стула (обильный, водянистый, светлого цвета, пенистый, иногда с резким запахом), и только у 2 детей было выявлено небольшое количество примеси слизи в стуле. Частота стула при этом была от 2 до 20 раз в сутки (средняя кратность — $6,4 \pm 0,4$ раза в сутки). Диарея наблюдалась в течение 2—9 дней, что в среднем составило $4,3 \pm 0,2$ дня.

При поступлении в стационар почти у всех детей в гемограмме отмечался умеренный лейкоцитоз ($10,5 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$) с нейтрофилезом (нейтрофилы сегментоядерные — $50,7 \pm 1,66\%$) и умеренным палочкоядерным сдвигом (нейтрофилы палочкоядерные — $6,7 \pm 0,6\%$) при нормальном значении СОЭ ($9,7 \pm 0,9$ мм/ч). На фоне проводимой терапии к 4-м суткам наблюдалась тенденция к лейкопении с лимфоцитозом с последующим возвращением всех показателей в пределы нормальных значений.

При оценке уровня С-реактивного белка в биохимическом анализе крови было выявлено его повышение в пределах от 2,3 до 38 ЕД/л (среднее значение — $15,5 \pm 2,9$ ЕД/л).

Для большинства (55,3%) пациентов в общем анализе мочи была характерна кетонурия (в среднем — ++).

Таким образом, для РВИ характерно острое начало, среднетяжелое течение с развитием дегидратации I-II степени. Заболевание характеризуется повышением температуры тела преимущественно выше $38,5^{\circ}\text{C}$, которая сохраняется в среднем не более 3-х дней, нечастой рвотой в течение первых 2-х дней, умеренным поносом на протяжении в среднем 5 дней. При лабораторном обследовании, несмотря на вирусную этиологию заболевания, в ОАК в начале заболевания выявляется умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом и нормальным значением

СОЭ с последующей лейкопенией и лимфоцитозом в разгар болезни. Для большинства детей с РВИ характерно повышение уровня С-реактивного белка в крови, кетонов в моче.

Литература

1. Тхакушинова, Н. Х. Ротавирусная инфекция у детей // Эпидемиол. и инфекц. болезни — 2012. — №2. — С. 56—58.
2. Куличенко, Т.В. Ротавирусная инфекция у детей (обзор литературы) / Т. В. Куличенко // Вопросы диагностики в педиатрии. — 2009. — Т.1, № 2. — С. 17—23.
3. Горелов, А. В. Ротавирусная инфекция у детей (обзор литературы) / А.В. Горелов, Д.В. Усенко // Вопр. соврем. педиатр. — 2008. — Т. 7, № 6. — С. 78—84.
4. Тимченко, В. Н. Особенности течения и лечения ротавирусной инфекции у детей / В. Н. Тимченко, Е. Б. Павлова, М. Д. Субботина // Лечащий доктор. — 2011. — № 8. — С. 3—4.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ И ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Гулинская О.В., Цыркунов В.М.,
Прокопчик Н.И.

УО «Гродненский государственный
медицинский университет», г. Гродно, Беларусь

В настоящее время популяция пациентов с сахарным диабетом (СД), составляет более 130 миллионов человек, по прогнозам ВОЗ, к 2025 году увеличится до 300 миллионов [1].

Не менее сложная эпидемиологическая ситуация наблюдается с хроническим гепатитом С (ХГС), число которых в мире превысило отметку в 350 млн. человек [2]. Молодой возраст пациентов, быстрого хронизации патологического процесса, быстрое формирования цирротической трансформации представляют серьезную медицинскую и социально-экономическую проблему.

Известно, что вирусные гепатиты оказывают неблагоприятное воздействие на течение СД. Однако патогенетическое значение столь частой ассоциации вирусных заболеваний печени и СД до настоящего времени изучено недостаточно. Активно изучается характер морфологических изменений при ХГС как при изолированном течении, так и при различной сопутствующей патологии [3]. Предметом продолжающихся исследований, являются как морфогенез заболеваний печени, в частности, цирроза, рассматриваемый на морфологическом, биохимическом и генетическом уровнях, так и критерии ранней морфологической диагностики, их значимость. Цирроз печени (ЦП), как конечная стадия хронических диффузных заболеваний печени, характеризующаяся фиброзом, образованием узлов регенератов и перестройкой внутрипеченочного сосудистого русла, является причиной 85—95% летальных исходов при хронических заболеваниях печени. Изучение патоморфологии печени и поджелудочной железы

(ПЖЖ) пациентов, умерших от СД и ЦП, необходимо для разработки ранних методов диагностики и лечения, а также налаживания рационального мониторинга внутрипеченочного гомеостаза и метаболизма при данной патологии.

Цель: изучить патоморфологические особенности и характер дистрофических и регенераторных изменений печени и поджелудочной железы у пациентов с СД и ЦП.

Материалы и методы. Проанализированы клинические данные, протоколы вскрытий и результаты гистологического исследования 30 случаев ЦП и СД, подвергнутых аутопсии в УЗ «Гродненское областное патологоанатомическое бюро» в 2012 году. Для патоморфологического исследования были отобраны кусочки печени и ПЖЖ, которые подвергались стандартной процедуре гистологической обработки. Гистологические срезы окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по ван Гизону. Оценка выраженности воспалительных и склеротических изменений в печени проводилась по В.Серову и Knodell.

Секционные наблюдения были разделены на 3 группы: 1 группа — диагноз СД 1 типа, 2 группа — СД 2 типа и 3 группа — цирроз печени, чаще всего смешанной этиологии. Среди умерших было 14 мужчин и 16 женщин. Преобладали пациенты возрастной группы старше 60 лет. Возраст самого молодого пациента был 32 года, самого старшего — 84 года. Средний возраст включенных в исследование составил 54 года, при этом в 1-ой группе он был равен 47 годам, во 2-ой группе — 70 годам, в 3-ей группе — 46 годам. Масса печени находилась в диапазоне от 1100 до 2180 г, а масса ПЖЖ — от 30 до 320 г. В 1-ой группе средний вес печени составил 1533 г, ПЖЖ — 73 г, во 2-й группе — 1499 г и 98 г, в 3-й группе — 1824 г и 103 г соответственно.

Результаты. При аутопсии печень в 1-ой и 2-ой группах имела гладкую капсулу, поверхность разреза — коричнево-красный цвет иногда с мускатным рисунком. В 3-ей группе поверхность печени была мелко-бугристой коричнево-желтого цвета. ПЖЖ у пациентов 1-ой группы состояла из мелких долек, что свидетельствовало об атрофии и гибели части островков Лангерганса. Во 2-й группе дольки железы были крупные с разрастанием жировой ткани, что может быть признаком ожирения и инсулинорезистентности. У пациентов 3-ей группы ПЖЖ была дряблая, с наличием в половине секционных случаев мелких жировых некрозов.

При гистологическом исследовании печени во всех группах наблюдалась белковая дистрофия гепатоцитов и лимфоидно-гистиоцитарная инфильтрация портальных трактов. Во 2-ой группе имела место мелко- и крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов (1—2 ст. по Hornboll) в 64% случаев, в 3-ей группе — диффузная крупнокапельная жировая дистрофия гепатоцитов (3 ст. по Hornboll) в 60% случаев.

При гистологическом исследовании ПЖЖ во всех группах наблюдался различной степени выраженности склероз, липоматоз и атрофия экзокринной паренхимы. В 1-ой группе островки Лангерганса представлялись атрофированными. Во 2-ой группе островки были мелкие с выраженной ацино-инсулярной трансформацией, отмеченной в 73%